

FORMULARIO FIM

FECHA

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la pantalla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los items incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los datos del formulario.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre

Documento: Tipo Nº Edad Sexo

Diagnóstico

ITEM		ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida).	
	2	Aseo Personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes).	
	3	Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama).	
	4	Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar prótesis/ortesis).	
	5	Vestido parte inferior (de la cintura hacia abajo, ponerse zapatos, abrocharse y colocarse prótesis/ortesis)	
	6	Uso del baño (mantener la higiene y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata).	
Control de esfínteres	7	Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
	8	Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
Transferencias	9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama.	
	10	Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro).	
	11	Transferencia a la ducha/bañera (entrar y salir de la bañera o ducha).	
Locomoción	12	Marcha/Silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar).	
	13	Escaleras (subir y bajar escalones).	
Comunicación	14	Comprensión. Entendimiento de la comunicación auditiva o visual. (Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
	15	Expresión (Expresión clara del lenguaje verbal o no verbal).	
Conexión	16	Interacción Social (Hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites).	
	17	Resolución de problemas (Resolver problemas cotidianos).	
	18	Memoria (Habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares).	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

DEPENDIENTE	PUNTUACIÓN
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
Sólo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

.....
 Firma de puño y letra y sello del
 Profesional

.....
 N° Matrícula

.....
 Especialidad